Deutscher Bundestag **Drucksache 18/6775**

18. Wahlperiode 24.11.2015

Antrag

der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Uwe Kekeritz, Ulle Schauws, Kai Gehring, Volker Beck (Köln), Elisabeth Scharfenberg, Maria Klein-Schmeink, Dr. Harald Terpe, Dr. Franziska Brantner, Katja Dörner, Kai Gehring, Tabea Rößner, Doris Wagner, Beate Walter-Rosenheimer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Die AIDS-Epidemie in Deutschland und weltweit bis 2030 beenden

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Auch mehr als dreißig Jahre nach Beginn der HIV-Pandemie stellt diese Infektionskrankheit eine der großen Herausforderungen für die globale Gesundheit dar, obwohl sie vermeidbar und behandelbar wäre. Für die Betroffenen, deren Kinder und Angehörige ist sie nach wie vor mit viel Leid und Stigma verbunden. Trotz internationaler Anstrengungen infizierten sich im Jahr 2014 weltweit rund 2 Millionen Menschen mit HIV und es starben etwa 1,2 Millionen an AIDS. Das sind deutlich weniger als noch vor einigen Jahren. Dies zeigt, dass durch Prävention und Therapie das Risiko einer HIV-Übertragung sehr deutlich gesenkt werden kann. Heute werden weltweit mehr als 15 Millionen Menschen – fünfzig mal mehr als 2002 – antiretroviral behandelt. Gleichzeitig bleibt aber fast 60 Prozent der therapiebedürftigen Menschen mit HIV eine entsprechende Behandlung verwehrt.[1] Offensichtlich ist, dass bei der Prävention, Behandlung und Begleitung HIV-positiver Menschen nicht nachgelassen werden darf.

Die Vereinten Nationen haben sich in diesem Jahr mit der Verabschiedung der globalen Nachhaltigkeitsziele (Sustainable Development Goals) zum Ziel gemacht, bis zum Jahr 2030 die AIDS-Epidemie zu beenden.[2] Damit wird auch die Fast-Track-Initiative von UNAIDS gestärkt. Diese sieht in einem ersten Schritt vor, dass bis zum Jahr 2020 weltweit

- 90 Prozent der HIV-positiven Menschen ihren HIV-Status kennen,
- 90 Prozent davon Zugang zu einer effektiven medikamentösen Behandlung haben und
- 90 Prozent davon unterhalb der Viruslastnachweisgrenze (und damit eine HIV-Übertragung ausgesprochen unwahrscheinlich ist und eine Resistenzbildung unwahrscheinlich wird) sind.

---

1 http://www.unAIDS.org/sites/default/files/media_asset/20150714_FS_MDG6_Report_en.pdf

2 SDG-Ziel 3.3: by 2030 end the epidemics of AIDS, tuberculosis, malaria, and neglected tropical diseases and combat hepatitis, water-borne diseases, and other communicable diseases

In einem zweiten Schritt sollen bis 2030 die jeweiligen Anteile auf 95 Prozent erhöht werden.

Wissenslücken, Stigmatisierung und Diskriminierung, Benachteiligung von Frauen und sexuelle Gewalt verhindern weltweit allzu oft, dass Menschen sich adäquat vor einer Infektion schützen können oder Zugang zu Behandlung und Unterstützung haben. Weltweit muss mehr in Bildung und Aufklärung sowie in Strukturen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit investiert werden. Eine zentrale Rolle spielt darüber hinaus der Aufbau solidarischer, universeller und öffentlich organisierter Gesundheitssystemen nach dem Konzept der Weltgesundheitsorganisation von Universal Health Coverage (UHC).

Von rund 37 Millionen HIV-infizierten Menschen leben in Afrika südlich der Sahara mehr als zwei Drittel. Mehr als die Hälfte der dort Betroffenen sind Frauen. Es besteht ein enger Zusammenhang von Armut und Infektionsrisiko. Wie wichtig es ist, in Aufklärung zu investieren, zeigt der Befund, dass weniger als 40 Prozent der Jugendlichen in Hochprävalenzländern ein ausreichendes Wissen über HIV und AIDS und darüber wie sie sich vor einer Infektion schützen können, haben.[3]

Auch in Deutschland ist noch einiges zu tun, um das von UNAIDS angestrebte Ziel umzusetzen. Die ersten beiden 90-Prozent-Ziele wurden bisher nicht erreicht: Nur etwa 84 Prozent der rund 83.000 HIV-infizierten Menschen sind diagnostiziert und nur rund 82 Prozent der Diagnostizierten erhielten 2014 eine antiretrovirale Therapie.[4]

Die im internationalen Vergleich sehr geringen Infektionszahlen von zurzeit jährlich rund 3.200[5] sind der Erfolg umfassender sowie zielgruppenspezifischer Prävention, die für die und gemeinsam mit den besonders stark betroffenen Gruppen (Männer die Sex mit Männern haben, Sexarbeiter und Sexarbeiterinnen, Drogenkonsumenten und Drogenkonsumentinnen, Insassen und Insassinnen von Justizvollzugsanstalten und Migranten und Migrantinnen aus Hochprävalenzländern) entwickelt und umgesetzt werden. Die Präventionsanforderungen werden immer anspruchsvoller: Durch Möglichkeiten der Behandlung scheint die Angst vor Infektionen zurückgegangen zu sein. Jede nachwachsende Generation muss neu altersgerecht und mit jugendspezifischen Medien sensibilisiert werden. Das soziale Leben besonders stark betroffener Gruppen ist im stetigen Wandel und wird vielfältiger. Die klassischen Aufklärungskampagnen sind nicht auf die spezifische Situation etwa von Sexarbeitern und Sexarbeiterinnen ausgerichtet und erreichen bestimmte Migranten und Migrantinnen aus sprachlichen und/oder kulturellen Gründen nicht immer. Daher braucht die aus dem Jahr 2005 stammende „HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung“ eine grundlegende Aktualisierung.

Der von der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH) im Jahr 2011/2012 erhobene HIV-Stigma-Index[6] zeigt deutlich, dass es in vielen Bereichen des täglichen Lebens, aber auch bei der medizinischen Behandlung, zu Diskriminierungen und Stigmatisierungen HIV-positiver Menschen kommt. 20 Prozent der Befragten gaben (ohne explizite Angabe von Gründen) an, dass ihnen im vergangenen Jahr eine medizinische Behandlung verweigert wurde. Mitte 2015 haben die Deutsche AIDS-Gesellschaft (DAIG), die DAH und die Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter (dagnä) einen Appell gegen Diskriminierung HIV-Positiver im Gesundheitswesen veröffentlicht[7]. Deutlich über die Hälfte der im HIV-

---

[3] http://www.AIDS-kampagne.de/sites/default/files/beitrag_zukunftscharta_aktionsbuendnis_gegen_AIDS.pdf

[4] http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/45_15.pdf?__blob=publicationFile

[5] http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/45_15.pdf?__blob=publicationFile

[6] http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/positive%20stimmen%20Ergebnisbericht.pdf

[7] http://www.aidshilfe.de/de/aktuelles/meldungen/appell-gegen-diskriminierung-hiv-positiver-im-gesundheitswesen-veroeffentlicht

Stigma-Index Befragten haben die Infektion gegenüber Kollegen und Kolleginnen sowie Vorgesetzten nicht offengelegt. Hinzu kommt die Angst vor der immer noch existenten gesellschaftlichen Diskriminierung von LBGTI, Sexarbeitern und Sexarbeiterinnen sowie Drogenbenutzern und Drogenbenutzerinnen.

Das Ziel, bis 2030 eine Welt frei von AIDS zu erreichen, ist ambitioniert. Mit entsprechendem politischem Willen, einer sektorübergreifenden, kohärenten Politik, einer verstärkten Sexualaufklärung, einer akzeptierenden Drogenpolitik, einer zielgruppenspezifischen Prävention, dem Abbau der Diskriminierung von Menschen mit HIV, frühzeitiger Diagnostik und effektiver Behandlung ist es jedoch erreichbar. Dies bedarf nationaler wie internationaler Anstrengungen und einer verlässlichen Finanzierung.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. auf der Basis der UNAIDS-Fast-Track-Ziele für die Jahre 2016 bis 2020 eine neue nationale Strategie zur Bekämpfung der HIV/AIDS-Epidemie vorzulegen, sich an der internationalen Strategie zu beteiligen und sich dabei an den Prämissen
   - keine Stigmatisierung und Diskriminierung
   - gute Aufklärung der Allgemeinbevölkerung
   - zielgruppenspezifische Prävention
   - frühe Diagnostik
   - frühe Therapie

   zu orientieren mit dem Ziel, die AIDS-Erkrankungen gegen null zu bringen und die der HIV-Infektionen deutlich zu verringern;

national

2. sich über die Welt-AIDS-Tag-Kampagne hinaus aktiv gegen die Diskriminierung und Stigmatisierung von Menschen mit HIV einzusetzen und für Akzeptanz zu werben;
   a. die gesamte Gesellschaft sowie alle, die beruflich oder im Rahmen ihres bürgerschaftlichen Engagements mit HIV-positiven Menschen in Kontakt kommen können, über das Infektionsrisiko und die Infektionswege aufzuklären, um in der Regel unbegründete Ängste abzubauen mit dem Ziel, Diskriminierungen zu verhindern;
   b. auf die Innenministerkonferenz Einfluss zu nehmen, dass die diskriminierende Entscheidung aus dem Juni 2015, dass die Polizei im bundesweiten Informationssystem INPOL weiterhin Menschen mit HIV, Hepatitis B und C mit „ansteckend“ kennzeichnen kann, zurückgenommen wird;
   c. gemeinsam mit den Bundes- sowie die Landes(zahn)ärztekammern und anderen relevanten Akteuren wie z. B. den AIDS-Hilfen darauf hinzuwirken, Vorurteile bei der Behandlung HIV-Infizierter weiter abzubauen und damit der Stigmatisierung und Zurückweisung von Menschen mit HIV in der ambulanten Versorgung entgegenzuwirken;
   d. auf Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften einzuwirken, sich für einen diskriminierungsfreien Arbeitsalltag HIV-infizierter Frauen und Männer einzusetzen;
   e. auf Träger von Pflegediensten, -einrichtungen und Altersheimen einzuwirken, eine nichtdiskriminierende Pflege von Menschen mit HIV/AIDS umzusetzen;

3. die Mittel des Bundesgesundheitsministeriums für die Prävention von HIV-Infektionen und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten (STI) zu erhöhen und
   a. Kampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zu fördern, die die unterschiedlichen Übertragungswege, Verhütungsmethoden sexueller Erkrankungen sowie deren Therapie aufgreift und auch über das durch andere sexuell übertragbare Krankheiten (wie Hepatitis, Syphilis, Chlamydien, Gonorrhoe) deutlich erhöhte HIV-Ansteckungsrisiko unter der Berücksichtigung kultureller und religiöser Werte aufklärt;
   b. verstärkt zielgruppen- und altersspezifische Kampagnen und Angebote zu fördern, um die besonders stark betroffenen Gruppen (Männer die Sex mit Männern haben, Sexarbeiter und Sexarbeiterinnen, Drogenkonsumenten und Drogenkonsumentinnen, Insassen und Insassinnen von Justizvollzugsanstalten und Migranten und Migrantinnen aus Hochprävalenzländern) noch besser zu erreichen;
4. die Forschungsförderung zu HIV und AIDS des Bundesgesundheitsministeriums und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung zu verstetigen und auszuweiten sowie wissenschaftliche Potentiale zu bündeln und bestehende Kompetenznetzwerke zu stärken, um den schnelleren Transfer von Forschungsergebnissen in Versorgung und Therapie zu erreichen;
5. den Ansatz der „Harm Reduction“ bei Drogenkonsumentinnen und -konsumenten zu stärken und
   a. auf die Bundesländer einzuwirken, dass für Menschen, die Drogen konsumieren, flächendeckend in allen Bundesländern Drogenkonsumräume nach § 10 BtMG zur Verfügung stehen;
   b. auf die Bundesländer einzuwirken, dass Drogenabhängige in Justizvollzugsanstalten Zugang zu Konsumutensilien (z. B. saubere Spritzbestecke) erhalten, um das Risiko einer HIV- und Hepatitis-C-Infektion durch verunreinigte Spritzen zu senken sowie die Substitutionsbehandlung in Justizvollzugsanstalten sicherzustellen;
6. sich gegenüber den Bundesländern dafür einzusetzen, dass anonyme HIV-Tests möglichst flächendeckend und zielgruppenspezifisch kostenlos angeboten werden, in jedem Fall freiwillig erfolgen sowie tatsächlich mit einer Beratung vor und nach dem Test in vielfältigen niedrigschwelligen Settings verbunden sind[8], um die Zahl der erst sehr spät – zum Teil erst im AIDS-Stadium erkannten – HIV-Infektionen deutlich zu senken;
7. auf die Bundes- sowie Landes(zahn)ärztekammern einzuwirken, dass in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung auf die Problematik unerkannter HIV-Infektionen hingewiesen wird, so dass gerade auch Ärztinnen und Ärzte außerhalb von HIV-Schwerpunktpraxen dafür sensibilisiert werden und HIV-Infektionen als mögliche Ursache von Erkrankungen stärker bei der Diagnostik und Behandlung berücksichtigen, um die Zahl der unerkannten Diagnosen zu reduzieren;
8. auf die Deutsche AIDS-Gesellschaft zuzugehen, bei der Überarbeitung der „Leitlinie für Diagnostik und Therapie der HIV-Infektion“
   a. die Zwischenergebnisse der START-Studie (START: Strategic Timing of Antiretriviral Treatment) zu berücksichtigen, die für eine früh einsetzende antiretrovirale Behandlung sprechen und

[8] Nach dem HIV-Stigma-Index erhielten von den im Jahr vor der Befragung Getesteten 20 Prozent der Befragten keine Beratung, Frauen und Drogenabhängige sogar in 30 Prozent der Fälle.

b. gleichzeitig festzuhalten, dass eine Empfehlung für einen frühen Therapiebeginn in erster Linie von den Interessen und Bedürfnissen des Individuums geleitet sein muss und Public-Health-Interessen nachrangig sind;

9. dafür zu sorgen, dass in Deutschland alle Menschen mit HIV/AIDS Zugang zu einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung erhalten;
   a. allen Flüchtlingen, die aus Hochprävalenzländern kommen, während oder nach ihrer Flucht sexueller Gewalt ausgesetzt waren bzw. sind, möglichst frühzeitig Beratung und eine HIV-Testung anzubieten;
   b. sicherzustellen, dass Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz in jedem Fall Zugang zur Behandlung einer chronischen HIV-Infektion erhalten, indem z. B. der Zugang zu spezialisierten Praxen gegebenenfalls durch die Aufhebung der Residenzpflicht ermöglicht und der Leistungsumfang nach dem AsylbLG erweitertet wird;
   c. HIV-infizierten Menschen ohne Papiere eine leitliniengerechte Therapie zu ermöglichen, ohne dass sie aufenthaltsbeendende Maßnahmen befürchten müssen (vgl. Bundestagsdrucksache 18/6278);
10. Sorge dafür zu tragen, dass in Anlehnung an den „Aktionsplan zur Umsetzung der HIV/AIDS-Bekämpfungsstrategie der Bundesregierung“ von 2007 keine Abschiebung von Menschen mit HIV/AIDS stattfindet, die bereits mit einer antiretroviralen Therapie begonnen haben und nach einer Einzelfallprüfung eine Weiterbehandlung im Heimatland nicht möglich ist, sei es aus Gründen der noch fehlenden Behandlungsmöglichkeit, sei es aus Gründen zu hoher Kosten;
11. die neuen medizinischen Erkenntnisse zum Einsatz von Medikamenten zur HIV-Prophylaxe (Postexpositionsprophylaxe – PEP – und Präexpositionsprophylaxe – PrEP) und die entsprechenden internationalen Entwicklungen bei der Zulassung zu diesen Zwecken zu beobachten;
12. auf die Pharmaindustrie und das Deutsche Rote Kreuz einzuwirken, ihrer Verantwortung gerecht zu werden und einen relevanten finanziellen Anteil zu übernehmen, damit die Stiftung „Humanitäre Hilfe für durch Blutprodukte HIV-infizierte Personen“ auch nach 2017 ihre Unterstützung gewährleisten kann;
13. auf die Bundesärztekammer bei der laufenden Aktualisierung der Hämotherapie-Richtlinien zuzugehen, um den pauschalen dauerhaften Ausschluss von Männern, die Sex mit Männern hatten, von der Blutspende durch eine zeitlich befristete Rückstellung nach dem letzten risikobehafteten Sexualkontakt zu ersetzen und damit sowohl den Sicherheitsinteressen der Blutempfänger und Blutempfängerinnen gerecht zu werden als auch eine nicht gerechtfertigte Diskriminierung abzubauen;

international

14. bis 2020 die Mittel für öffentliche Entwicklungszusammenarbeit sukzessive von heute 0,4 Prozent auf das seit Jahrzehnten international vereinbarte Ziel von 0,7 Prozent des Bruttonationaleinkommens zu erhöhen und dabei die Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation zu erfüllen, 0,1 Prozent des Bruttonationaleinkommens für globale Gesundheitsförderung und -versorgung zu verwenden sowie insgesamt der Wahrung der Menschenrechte und der Gleichberechtigung von Frauen und Männern eine wichtigere Rolle einzuräumen;
15. einen gemeinsamen Aktions- und Umsetzungsplan des Entwicklungs-, des Gesundheits- sowie des Bildungs- und Forschungsministeriums ins Leben zu rufen, der den Beitrag Deutschlands zur Erreichung des Gesundheits-SDG 3 und

insbesondere der Unterziele 3.3 (Ende von AIDS bis 2030) und 3.8 (Universal Health Coverage) enthält;

16. sich dafür einzusetzen, dass insbesondere in Ländern mit einer hohen HIV-Prävalenz eine umfassende, niedrigschwellige und diskriminierungsfreie Sexualaufklärung und -erziehung von Mädchen und Jungen sowie von Frauen und Männern über ihre sexuellen und reproduktiven Rechte[9] in schulischen und außerschulischen Kontexten in Zusammenarbeit mit der lokalen Politik und Verwaltung sowie Multiplikatoren und Multiplikatorinnen wie Lehrer und Lehrerinnen, Geistliche, Ärzte und Ärztinnen etc. etabliert wird;

17. sich dafür einzusetzen, dass die Gesundheitssystemstärkung vor allem im Rahmen der Roadmap „Healthy Systems – Healthy Lives“[10] geschieht, die Stärkung gemeindebasierter Systeme (community systems) einschließt und sich auf besonders benachteiligte Bevölkerungsgruppen fokussiert;

18. die jährlichen Mittel für den Globale Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria auf 300 Millionen Euro zu erhöhen;

19. sich im Verwaltungsrat des Globalen Fonds dafür einzusetzen, dass evaluiert wird, wie sich die Behandlung von Menschen mit HIV in den Ländern entwickelt, die vom Status „Länder mit niedrigem Einkommen“ zu „Ländern mit mittlerem Einkommen“ wechseln und zu prüfen, welche Maßnahmen statt dem mit diesem Übergang verbunden Wegfall der Mittel des Globalen Fonds möglich sind;

20. sich für mehr Forschung insbesondere im Bereich vernachlässigter Aspekte von HIV/AIDS, wie etwa Medikamente für (Klein-)Kinder, einzusetzen (siehe Bundestagsdrucksache 17/8493) sowie eine kostengünstige, einfach handhabbare Viruslast-Diagnostik zur Sicherung der langfristigen Wirksamkeit der Therapie zu entwickeln und flächendeckend zugänglich zu machen;

21. sich dafür einzusetzen, dass Pharmafirmen, die Patente auf wichtige Medikamente zu HIV und AIDS sowie die häufigen Koinfektionen Hepatitis C und Tuberkulose halten, diese an den Medicines Patent Pool (MPP) lizenzieren, um preisgünstigere Herstellung von Produkten und Kombinationspräparaten für Länder mit niedrigen und mittleren Einkommen zu ermöglichen;

22. sich gegenüber den Ländern Osteuropas und Zentralasiens, insbesondere Russland und der Ukraine, dafür einzusetzen, dass diese die stark steigenden HIV-Infektionen wahrnehmen, statt sie zu verdrängen, dass sie mit internationalen (Nichtregierungs-)Organisationen kooperieren und dass sie zielgruppenspezifische Präventions- und Behandlungsangebote unterstützen und umsetzen.

Berlin, den 23. November 2015

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

---

[9] http://www.oegf.at/dokumente/charta.pdf
[10] http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/partnership-primary-health-care/en/



Satz: Satzweiss.com Print, Web, Software GmbH, Mainzer Straße 116, 66121 Saarbrücken, www.satzweiss.com
Druck: Printsystem GmbH, Schafwäsche 1-3, 71296 Heimsheim, www.printsystem.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlag GmbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333